Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.)

Die operative Behandlung von Oesophagusfremdkörpern.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Max Brenken
Volontär-Assistenzarzt der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

I. Berichterstatter: Professor Dr. Renner.
II. „ „ „ Küttner.

Breslau 1923.

Druck von Adolf Stenzel vorm. Brehmer & Minuth, Breslau 1.

In der Behandlung der Oesophagusfremdkörper muß die oesophagoskopische Extraktion als Methode der Wahl angesehen werden. Nach Schlemmer führt sie in etwa 90 % der Fälle zu vollem Erfolg; er selbst berichtet von 529 Fällen mit 96,03 % Erfolg. Die „blinde“ Extraktion mittels Münzen- oder Grätenfänger oder das Hinabstoßen mit der Schlundsonde kann nicht genug verurteilt werden. Auf die Gegner der Oesophagoskopie, die die „blinde“ Extraktion vorziehen, braucht nicht eingegangen zu werden. Denjenigen Gegnern der Oesophagoskopie, die dieselbe wegen der angeblich vorkommenden Schädigungen ablehnen und eine „Früh-Operation“ fordern, sind einerseits die glänzenden Erfolge der Oesophagoskopie, andrerseits die nie auszuschaltenden Gefahren einer Oesophagotomie — vor allem der thorakalen — entgegenzuhalten.

Einige Fälle bleiben jedoch der operativen Behandlung vorbehalten, die als indiziert anzusehen ist

1. bei absoluter Kontraindikation der Oesophagoskopie: Rigidität der Hals- oder Verbiegung der Brustwirbelsäule, Aneurysma der Aorta, schwere Herzfehler, Tuberkulose im Mediastinum, Lebercirrhose mit Verdacht auf Oesophagusvaricen, Kachexie;
2. bei erfolgloser Oesophagoskopie
   a) wenn die Endoskopie die Unmöglichkeit der Extraktion oder schwere Veränderungen der Oesophaguswand ergibt, die ein Angehen von außen erfordern,
   b) wenn mehrmalige Extraktionsversuche vergeblich bleiben;
3. bei einer vom schon entfernten oder noch im Oesophagus verweilenden Fremdkörper ausgehenden Infektion, die uns angezeigt wird durch Fieber, zunehmendes Schmerzgefühl, besonders Druckschmerz, Schwellung und Hautemphysem.

Sekundäre Blutung oder Recurrenslähmung deuten vor allem bei offensichtlicher Infektion auf ein Weiterschreiten des entzündlichen Prozesses hin.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Ist so die Indikation gegeben, so muß wegen der großen Gefahr der drohenden oder bereits bestehenden Infektion stets sofort operiert werden. Ein Zuwarten wäre völlig sinnlos, da man mit dem komplikations- und beschwerdelosen Einheilen des Fremdkörpers nie rechnen kann.

Von Operationen kommen in Frage:

1. die Oesophagotomia cervicalis, auch erweitert als Mediastinotomia cervicalis, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle.
2. die Oesophagotomia thoracalis (mit Fall 19. bisher 6 bekannt gewordene Fälle).
3. die Gastrotomia (in der Literatur 42 Fälle).

Was die Wundversorgung angeht, so soll man, falls die Oesophaguswand selbst nicht stark entzündlich verändert oder in größerer Ausdehnung zerstört ist, die Oesophaguswunde vernähen, im übrigen aber die Wunde breit offenlassen, mit fester Tamponade zum Mediastinum zu. Eine Drainage ist wegen der Gefahr der Arrosionsblutung durchaus abzulehnen. Den Abfluß des Eiters soll die Tiefstellung des Bettkopfendes fördern.

Wichtig ist die Ernährung nach der Operation. Am besten unterbleibt in den ersten 5 – 7 Tagen jede Nahrungszufuhr per os; dafür subcutane und rectale Flüssigkeitszufuhr und Nährklistiere. Danach Ernährung durch Magenschlauch (durch Mund oder Nase eingeführt). Bei schwer zu bekämpfender Infektion oder bei ausgedehnten Verletzungen der Oesophaguswand oder bei verschleppten Fremdkörperfällen, in denen der Patient durch langes Hungern sehr geschwächt, lege man eine Magenfistel an.

Von den bearbeiteten 20 Fällen handelt es sich um 17 Oesophagotomien (bzw. Spaltungen perioesophagealer Abszesse), 2 Thorakotomien und 1 Gastrotomie. Von den letzteren verliefen 3 Fälle tödlich, 2 kamen davon zu spät oder falsch vorbehandelt zur Operation, 1 Fall exitus durch sekundäre Blutung (Arrosionsblutung durch Drain?). Beide durch Thorakotomie behandelten Fälle starben bald nach der Operation.

Literatur.

Schlemmer: Lang. Arch. f. klin. Ch. Bd. CXIV. Hft. 1 u. 2.